

Til: Forskningsadministrativ avdeling

Fra: Det odontologiske fakultet

Kopi:

Saksbehandler: KMJ

Emne:

Dato: 27. november 2007 **Saksnr.:** 07/13252

Sakseier:

Fakultetsadministrasjonen
Studie-og forskningsseksjonen
PB 1142 Blindern
0317 Oslo

Telefon: 22 85 22 41
Telefaks: 22 85 23 32
<http://www.odont.uio.no/>

Høring – forslag til ny forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos tannlege for sykdom

Det vises til e-post av 19.11.07, fra Forskningsadministrativ avdeling til Det odontologiske fakultet, med brev av 09.11.07, fra Helse- og omsorgsdepartementet. Det odontologiske fakultet har forelagt høringen for Institutt for klinisk odontologi, med underliggende fagavdelinger, som har utarbeidet forslag til høringsuttalelse. Fakultetet fremmer med dette følgende høringsuttalelse.

Fakultetets generelle kommentar er at den nye forskriften er en klar forbedring i forhold til den eksisterende. Vi har likevel noen innspill til forbedringer på enkelte punkt:

1. Endodonti

GENERELT:

I punkt 4.1 av høringsnotatet, "Stønad etter Folketrygdloven §5-6", beskrives rotbehandling under konserverende behandling. Dette er en plassering av et behandlingstilbud (endodontisk behandling) som ikke er representativt for denne tjenesten. Rotbehandling er i de fleste tilfelle å anse som behandling av infeksjoner i tannroten eller kjevebenet, og behandlingsbehovet oppstår etter traumer, etter tannsprekker og tilfeldige infeksjonsveier inn til tannerven i tillegg til infeksjon etter tannkaries. Infeksjonen har også ganske andre og større konsekvenser, i form av smerte, mulighet for spredning, og tanntap, enn karies.

Den endodontiske behandlingen er knyttet til diagnosen apikal periodontitt. Som navnet sier, er dette en betennelse i kjeven rundt tannroten (rotspissbetennelse). Disse infeksjonene har de samme implikasjonene for pasientenes allmennhelse som den marginale periodontitten, som er refusjonsberettiget.

Vi vil derfor hevde at behandlingen av infiserte tannerver og apikal periodontitt bør gjøres refusjonsberettiget på linje med behandling av marginal periodontitt. Dette synes særlig relevant ettersom kirurgisk behandling av apikal periodontitt utløser stønadsrett. Slik kirurgisk behandling gir heller dårligere resultater enn konservativ rotbehandling, og er mye mer traumatisk.

Det må derfor være både god økonomi og helsepolitikk å stimulere til rotbehandling av høy kvalitet i forhold til en stønadsberettiget behandling med dårligere prognose. Kirurgisk behandling er imidlertid fortsatt nødvendig i tilfeller der konservativ behandling ikke er teknisk mulig.

Rotbehandling er også en integrert del av restaureringsarbeidene etter tap av tenner eller tannrøtter på grunn av marginal periodontitt. Dette er ytterligere en grunn til innføring av relevante takster for slik behandling, og til utløsning av refusjon for behandlingen i mange tilfelle.

Apikal periodontitt er en hovedårsak til tanntap i eldre årsklasser. Innsatser som forebygger eller behandler denne sykdommen uten tap av tann/tenner gir derfor en stor helsegevinst, og kan utsette annen behandling som utløser refusjon eller gjøre den helt overflødig. Dette er ytterligere et argument for at endodontisk behandling gjøres refusjonsberettiget.

SPESIELT:

Vi foreslår at det innføres en takst for Konservativ behandling av apikal periodontitt helst under 300 Pulpa- og rotbehandling eller alternativt under 600 Kirurgisk behandling. På grunn av varierende kompleksitet bør nivået spesifiseres, slik at man får takstene XXXa. Konservativ behandling av apikal periodontitt av fronttann XXXb. Konservativ behandling av apikal periodontitt av premolar og XXXc. Konservativ behandling av apikal periodontitt av molar Basert på tidligere bedømmelse av tidsbruk ved rotbehandlinger synes det riktig å legge dette nær til arbeidet ved preparering for innlegg og kroner (takstene 402-404), som med dagens satser ville gi 1575, 1755, og 1995 i de tre tilfellene. Dette begrunnes som følger: Det gis refusjon for apisektomi, dvs kirurgisk behandling (av apikal periodontitt). Der det er teknisk mulig, får man bedre resultater i slike tilfelle med konservativ rotbehandling av tannen enn med kirurgisk behandling. Takstene 606abc er derfor behandlingsstyrende, ofte mot en behandling som ikke er optimal. Det bør derfor gis refusjon for konservativ rotbehandling ved disse diagnosene.

Vi foreslår at det føres inn et tillegg til kommentarene til periodontalbehandling: 702 - 704 Mukogingival kirurgi. Takstene omfatter lappoperasjon, gingivektomi, hemiseksjon og operasjon for reetablering av benfeste. Utgifter til prefabrikata (membran) kan debiteres i tillegg til honoraret for behandling. Utgiftene må dokumenteres. Ved nødvendig rotbehandling som følge av rotreseksjon eller hemiseksjon, benyttes takstene XXXa,b, eller c (takster som foreslått i punkt 1 over), eventuelt takst 301. Dette er begrunnet med at disse to prosedyrene forutsetter adekvat rotbehandling for å kunne lykkes. Det synes uriktig å gi pasienten en pliktmessig ytelse som forutsetter ekstra utgifter som ikke dekkes.

2. Pedodonti

Arbeids- og velferdsdirektoratet foreslår etter vår oppfatning en nyordning som i hovedsak er til beste for pasienter og utøvende virksomhet. Rent prinsipielt mener vi likevel at pasienter i alderen 0-18 år med store behandlingsbehov kunne være bedre tjent med en nyordning av stønadsreglene. Gjeldende praksis som foreslås videreført, vil ikke sikre disse optimal behandling av høy kvalitet. Den offentlige tannhelsetjenesten har ofte begrensede ressurser og dett kan gå ut over pasientgrupper med stort behov for behandling og oppfølging. Avdelingen har i flere tilfeller opplevd stor forskjellsbehandling fra fylke til fylke hvordan kvaliteten i tannhelsetilbudet varierer for disse pasientene. Eksempelvis kjenner ikke vi til noe fylke som har et velorganisert tilbud til pasienter med dentinogenesis imperfecta eller andre utviklingsforstyrrelser hvor det er av største viktighet med tidlige konsultasjoner og behandling – ofte før barnet er 3 år gammelt. Vi har erfart at Den offentlige tannhelsetjenesten unnlater å gjøre kostbar behandling før trygdens bidrag kommer i betraktning. Vi mener at disse pasientgruppene med store behandlingsbehov og som er i alderen 0-18 år, sikres rett til optimal behandling (noe som ofte krever spesialistkompetanse). Dette kan gjøres ved å eksplisitt uttale dette i lovverket eller å la trygdens stønad omfatte disse pasientgruppene fra fødsel kombinert med krav til behandlers kompetanse. Avdelingen finner det positivt at trygdestønad etter behov kan ytes til pasienter i alderen 19-20 år, men bestemmelsene kan fremdeles være egnet til å misforstås. En ordning som nevnt ovenfor ville tilfredsstillende også disse pasientenes behov.

Ellers har vi kun mindre merknader til forslaget:

Det bør sikres at pasienter som blir påført tannskader på sykehus sikres stønad selv om antallet skader er lavt.

Under punktet 8. Tannutviklingsforstyrrelser kommer

Tannagenesier (medfødt manglende tannanlegg)

Tannagenesier (flertallsform) skaper usikkerhet om det kreves at flere tenner mangler for å få stønad. Etter vårt syn er det rimelig at kun én manglende tann kan gi rett til stønad dersom de andre kravene tilfredsstilles. Dette bør presiseres i reglene.

3. Kariologi

Vi har også en kommentar til punkt 11 i Rundskriv til § 5-6 – Tannlege, setning nr. 2: "Stønad ytes kun i de tilfelle der det foreligger dokumentasjon på hyposalivasjon over tid, minimum ett år." Vi foreslår å ta bort minimum ett år fordi ett år i en del tilfelle vil være altfor lang tid for pasient med for eksempel medikamentindusert hyposalivasjon og meget høy kariesaktivitet.

4. Oral kirurgi og oral medisin

Takst 4

Det er ønske om at Omfattende oralmedisinsk undersøkelse hos spesialist ved smerteutredning og oral medisinsk diagnostikk fortsatt ikke utløser egenandel for pasient slik det har vært i 2007. Det er nå foreslått en egenandel på kr. 240,- som vi ønsker fjernet det vil si satt til kr. 0,-. Likeledes ønskes at taksten ikke inkluderer røntgen- og laboratorieundersøkelser slik det har vært tidligere.

Forslag:

Behandling av pasienter med nerveskader med Low Level Laser (Myklaser)

Nerveskader i nervus alveolaris inferior og nervus lingualis kan være en meget plagsom tilstand for pasienter. For enkelte kan det også ha innvirkning på deres yrkesutøvelse.

Nerveutfallet kan være vedvarende anestesi, parestesi(hyppigst), dysestesi og hyperestesi.

Årsaken er oftest iatrogen, kirurgisk fjerning av visdomstenner står for ca. 80% av nerveskadene.

Undersøkelser har vist at 1-2 % av pasientene får en eller annen form for permanent nerveskade etter visdomstannskirurgi.

Også rotpissamputasjoner, implantatbehandling i underkjevens sidesegmenter, ortognatisk kirurgi

(spesielt etter sagittal split operasjoner) kan resultere i nerveskader. Ledningsanestesi (mandibularblokk)

kan også medføre nerveskade (hyppighet ca. 1:100.000 anestesier). Operative inngrep i munnhulens gulv som tumoroperasjoner og fjerning av spyttsten, osteomyelitt samt fraktur av mandibula er andre årsaker, om enn sjeldne.

I USA er nerveskader etter oralkirurgiske inngrep på topp når det gjelder økonomiske erstatninger.

Erfaringsmessig synes det vanskelig for pasienter å oppnå økonomisk erstatning etter skader som medfører nerveutfall.


Siden begynnelsen av 1990 årene har det ved Avd. for oral kirurgi og oral medisin blitt anvendt

Low Level Laser behandling rutinemessig. I Oslo var vi de første som tok i bruk denne behandlingsform. Det er publisert flere artikler som bekrefter positiv effekt, bl.a. et doktorarbeide i 1997. Vanligvis avventer man behandling til minst 6 måneder etter skaden oppsto for å avvente egentilheling, ofte venter vi opp mot 1 år. Ca. 90 % av pasientene som behandles får markert effekt av behandlinger (oftest 20 behandlinger, 2-3 ganger pr. uke). Dette er den eneste kjente behandling bortsett fra nervesutur, den anvendes kun når det er stadfestet overskjæring av nerven som opptrer sjelden i forhold til de andre skadetyperne.

Det er vanskelig å anslå eksakt antall pasienter som trenger denne behandling hvert år, sannsynligvis mellom 50 og 100. I mange år var vi det eneste henvisningssted, etter hvert er det noen få andre steder som utfører slik behandling som må utføres etter bestemt protokoll mht. til strålingspunkter, antall Joule som anvendes hvert strålepunkt samt millwattstyrke og bølgelengde.

Vi vil sterkt anbefale at pasientene får refundert for omfattende undersøkelse som l. konsultasjon samt kr. 170 (3a) pr. gang uten egenandel for de resterende behandlinger.

Barneleddgikt (juvenil idiopatisk artritt) bør gå inn under pasientgruppen med "svært stort behov". Det er en ervervet craniofacial lidelse og nyere forskning har vist at nesten alle pasientene, iallfall svært mange, får kjeveleddsaffeksjoner. Slike kan føre til store behandlingsbehov kjeveortopedisk.



Pål Brodin
dekan



Tove Langhaug
fakultetsdirektør

Til: Forskningsadministrativ avdeling

Fra: Det odontologiske fakultet

Kopi:

Saksbehandler: SGU

Emne:

Dato: 28. november 2007 **Saksnr.:** 07/13252

Sakseier:

Fakultetsadministrasjonen
Studie-og forskningsseksjonen
PB 1142 Blindern
0317 Oslo

Telefon: 22 85 22 41
Telefaks: 22 85 23 32
<http://www.odont.uio.no/>

Høring – forslag til ny forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos tannlege for sykdom – tilleggsuttalelse vedrørende fagområdene kjeveortopedi og kjeve- og ansiktsradiologi

Det vises til e-post av 19.11.07, fra Forskningsadministrativ avdeling til Det odontologiske fakultet, med brev av 09.11.07, fra Helse- og omsorgsdepartementet, samt vårt høringssvar av 27.11.07. Fakultetet har mottatt innspill fra fagområdet kjeveortopedi etter vår interne høringsfrist. I og med at UiOs frist til Departementet er 30.11.07 ber vi om at denne tilleggsuttalelsen vedlegges.

Kjeveortopedi

Høringsnotatets rundskriv Til § 5-6–Tannleger:

Under b) stort behov: 6. agenesi eller tanntap i fronten " manglende underkjeveincisiv gir nødvendigvis ikke behandlingsbehov, og er derfor ikke gruppe b"

Vi synes det er forvirrende setning, men det må vel forstås slik at dersom manglende underkjeveincisiv gir behandlingsbehov, kommer den i gruppe b. Og at det kan være enkelttilfeller med manglende underkjeveincisiv som ikke gir behandlingsbehov og som da ikke gir gruppe b.

Side 6: "Forundersøkelse:(Inkludert nødvendige røntgenundersøkelser mv.) utført av kjeveortoped som har til hensikt å vurdere behov for kjeveortopedisk behandling uavhengig av om behandlingen iverksettes eller ikke, ytes stønad etter takst A. Generelle tjenester. " Forslag til tilføyelse: og I. laboratoriprøver og røntgenundersøkelser.Vi tror det er slik det må forstås siden røntgenundersøkelser inkluderes.

Side 7:

"Ved avtale om delt bosted jf barnelova § 36, vil avtalen mellom foreldrene være nødvendig for å oppnå søskenmoderasjon" Er det slik at vi som kjeveortoped skal be om kopi av avtaler mellom foreldrene? Har alle som har delt bosted avtaler som kan fås ved folkeregisteret?

Merknader ad manglende beskrivelse

Fra 2002 ble det gjort endringer vedrørende agenesikasus. Siterer fra skriv: "Pasienter som har agenesi av en fortann (fortenner) og to tenner (unntatt visdomstenner) på samme side i samme kjeve (B-6 og B-9) sidesegment plasseres i gruppe A med 100 % refusjon.

Bakgrunnen for dette er at i slike tilfeller vil en måtte forvente at pasienten senere vil ha behov for protetisk behandling og da synes det rimelig at dette ikke skal føre til for store kostnader for pasienten"

Det anmodes om å ta dette forhold inn igjen.

Preprotetisk kjeveortopedisk behandling.

Sitat fra rundskriv 2002:

"I noen tilfeller, for eksempel ved tarntap eller ulykker, er det nødvendig å justere posisjon og stilling av enkelte tenner slik at disse gjøres egnet til å tjene som pillarer ved protetisk behandling eller for å skaffe plass til protetik / implantatprotetik. Slike justeringer skal sees som et ledd i den protetiske behandlingen og ikke som kjeveortopedisk behandling av bittfeil. Det skal i slike tilfeller ikke ses bort fra 18 års begrensningen som gjelder ved kjeveortopedisk behandling av bittavvik, jf §1 1 nr. 5 i foreskrift gitt med hjemmel i folketrygdloven § 5-6 tredje ledd. "

Preprotetisk kjeveortopedisk behandling for overnevnte kasus har til nå vært under § 5-22, og de anmodes om at overnevnte forhold tas med i ny foreskrift.

Kjeveortopedisk behandling for rehabilitering av bitt etter periodontal behandling, enten som selvstendig behandling eller preprotetisk behandling foreslås tas med i ny foreskrift.

Kjeve- og ansiktsradiologi

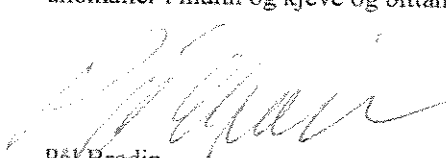
I det siste utkastet av Takstrundskriv - 15.nov - fra HOD bør på side 13 fremstilling erstatte fremkalling. Det blir mer og mer digitale røntgenbilder og de fremkalles ikke.

På side 14 (siste side) i samme dokument bør undersøkelser erstatte opptak. På samme side skal det stå spesialistutdanning i kjeve- og ansiktsradiologi (ikke spesialutdanning)

Mer av prinsipiell betydning for pasientene:

Barn med juvenil idiopatisk artritt - barneleddgikt - er veldig ofte (80% eller mer) rammet i kjeve/ansiktsskjelettet. Og det kan være vanskelig å diagnostisere dette. Vi har gjort ny forskning på området. Disse barn bør absolutt ha 100% refusjon både hva angår kjeveortopedisk behandling, og selvsagt kirurgisk behandling om det viser seg nødvendig (det er problemfritt). Man bør ikke skille ut de få som lykkeligvis ikke rammes i ansiktet.

Dette er en gruppe (nesten) sjelden medisinsk tilstand (litt flere enn TAKO vil ha), sykdommer og anomalier i munn og kjeve og bittanomalier, som kan være meget graverende.


Pål Brodin
dekan


Tove Langhaug
fakultetsdirektør